

Studierendenwerk Münster

Unfallsachbearbeitung - Herr Bröcker
Bismarckallee 5 48151 Münster

Als beauftragte Stelle der Westfälischen Wilhelms-Universität für die
Anmeldung von Unfällen

Fax 0251 / 837-9481

Unfallanzeige für Studierende der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Name, Vorname des Versicherten		Matrikel-Nr.	Geburtsdatum Tag Monat Jahr		
Anschrift Straße, Hausnummer		PLZ	Wohnort		
Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Staatsangehörigkeit	Name und Anschrift der gesetzlichen Vertreter (i.d.R. Eltern bis zum 18. Lebensjahr)			
Tödlicher Unfall ? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Unfallzeitpunkt Tag Monat Jahr	Stunde Minute	Unfallort (genaue Orts-u.Straßenangabe mit PLZ)		
Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)					
Krankenversichert bei (Name und Anschrift der Versicherung):					
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input checked="" type="checkbox"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> anderer Person					
Anlässlich welcher Universitätsveranstaltung ereignete sich der Unfall ?z.B. Vorlesung, Seminar, Hochschulsport, Praktikum					
Unter welcher Nummer des Vorlesungsverzeichnisses der WWU/des Hochschulsport ist die genannte Veranstaltung aufgeführt?		Verletzte Körperteile		Art der Verletzung	
Hat der Versicherte wegen des Unfalls den Besuch der Universität unterbrochen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später am		Tag	Monat	Stunde	
Hat der Versicherte den Besuch der Universität wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja am		Tag	Monat	Jahr	
Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift von Zeugen)			War diese Person Augenzeuge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhaus			Beginn und Ende des Besuchs der Hochschulveranstaltung am Unfalltag (regulär - also wenn Sie keinen Unfall gahabt hätten) Beginn: Uhr Ende: Uhr		

Ich erkläre, die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Ich bin mir dessen bewusst, dass vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können.

Ort, Datum

Unterschrift

Telefon-Nr./E-Mail für Rückfragen